



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
QUE RECIBEN ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DE COMAS E
INDEPENDENCIA 2017**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

EMMA VEGA BUSTAMANTE

ASESOR

DRA. MARÍA ISABEL PEÑARRIETA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Lima, Perú

2017

Página del jurado

PRESIDENTA

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres por acompañarme en todo momento, darme su apoyo incondicional y nunca dejar que me rindiera. A mi abuelo Artemio, mi tía Juanita y tío Jesús que aunque no estén presente físicamente, sé que iluminan mi camino.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a la vida por permitirme estar realizando todas las metas que me propongo día a día. Gracias a mis amistades, a mis profesores por sus enseñanzas y a mi asesora Isabel Peñarrieta quién guio mi presente trabajo satisfactoriamente.

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo Vega Bustamante Emma con DNI N° 76575975, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela profesional de enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por el cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, Diciembre del 2017

Emma Vega Bustamante

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de comas e independencia 2017”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Emma Vega Bustamante

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| Dedicatoria..... | III |
| Agradecimiento..... | IV |
| Declaración de Autenticidad..... | V |
| Presentación..... | VI |
| | |
| RESUMEN..... | 9 |
| ABSTRACT..... | 10 |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| 1.1 Realidad Problemática..... | 11 |
| 1.2 Trabajos previos..... | 13 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema..... | 18 |
| 1.4 Formulación del Problema..... | 24 |
| 1.5 Justificación del estudio..... | 25 |
| 1.6 Objetivos..... | 26 |
| II. MÉTODO..... | 26 |
| 2.1 Diseño de investigación..... | 26 |
| 2.2 Variables, Operacionalización..... | 27 |
| 2.3 Población y muestra..... | 30 |
| 2.4 Técnicas e instrumento..... | 33 |
| 2.5 Validación y confiabilidad del instrumento..... | 33 |
| 2.6 Métodos de análisis de datos..... | 35 |
| 2.7 Aspectos éticos..... | 35 |
| III. RESULTADOS..... | 36 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 40 |
| V. CONCLUSIÓN..... | 43 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 44 |
| VII. REFERENCIAS..... | 45 |
| ANEXOS N° 1 Consentimiento informado..... | 49 |
| ANEXO N° 2 Instrumento..... | 50 |

| | |
|---|-----------|
| ANEXO N°3 Confiabilidad del Instrumento..... | 52 |
| ANEXO N°4 Acta de aprobación de originalidad de tesis..... | 53 |
| ANEXO N°5 Autorización de publicación de tesis..... | 55 |
| ANEXO N°6 Turnitin..... | 56 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas de los centros de salud de Comas e Independencia.

Método: Fue un estudio con enfoque cuantitativo, diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo integrada por 224 personas con alguna enfermedad crónica que reciben atención en centro de salud de Comas e Independencia, a los cuales se les evaluó mediante el cuestionario PHQ-8 (Patient Health Questionnaire depression Scale).

Resultados: La edad promedio fue de 64 años, predominó el sexo Femenino, con un estado civil de casado, grado de instrucción de primaria (promedio de 7 años de estudios) y el tipo de familia fue extensa. La enfermedad crónica que predominó fue la hipertensión (39.3%) seguida de la diabetes (32,1%) y cáncer (4%); con un promedio de 8 años de haber sido diagnosticado con la enfermedad, así mismo hubo un 35.3% que tiene más de una enfermedad. Se determinó la presencia de sintomatología depresiva (52.7%) y el sexo femenino tuvo predominio en el trastorno depresivo (58.5%) a comparación del sexo masculino (36.7%). **Conclusión:** Existe la presencia de trastorno depresivo en las personas con alguna enfermedad crónica y ésta se ve más afectada en el sexo femenino, así mismo las enfermedades crónicas que más predominan actualmente son la hipertensión y la diabetes; presentándose más de una enfermedad en la persona con cronicidad.

ABSTRACT

Objective: To determine the presence of depressive disorder in people with chronic diseases of the health centers of Comas and Independencia. **Method:** It was a study with a quantitative approach, a non-experimental research design, of a descriptive and cross-sectional nature. The study population was composed of 224 people with a chronic disease who receive attention at Comas and Independencia health center, who were evaluated using the PHQ-8 questionnaire (Patient Health Questionnaire depression Scale). **Results:** The average age was 64 years, female sex predominated, with a marital status of married, grade of primary education (average of 7 years of studies) and family type was extensive. The chronic disease that predominated was hypertension (39.3%) followed by diabetes (32.1%) and cancer (4%); with an average of 8 years of being diagnosed with the disease, likewise there was a 35.3% who have more than one disease. The presence of depressive symptoms was determined (52.7%) and the female sex was predominant in the depressive disorder (58.5%) compared to the male sex (36.7%). **Conclusion:** There is the presence of depressive disorder in people with a chronic disease and this is more affected in the female sex, likewise the chronic diseases that most prevail today are hypertension and diabetes; presenting more than one disease in the person with chronicity.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

La OMS realizó una encuesta mundial de salud, este estudio se dio con un total de 60 países a personas mayores de 18 años (245 404 participantes) para conseguir datos netamente de salud, cuyos resultados estarían vinculados con la salud y los determinantes de ésta última. Se dio a conocer la prevalencia de depresión en los encuestados según los criterios de la CIE-10 y se obtuvo como resultado que un promedio de entre 9.3% y el 23% de los participantes con una o más enfermedades crónicas tuvieron depresión comórbida. Dicho resultado fue significativamente alto en cuanto a tener depresión en ausencia de una enfermedad física crónica.¹

Así mismo la depresión como comorbilidad de la diabetes causó un alto decremento en el estado de salud que la suma de dos enfermedades por separado del dicho estudio lo cual este hallazgo indicó un efecto interactivo entre la depresión y la diabetes que causa un efecto negativo sobre la salud.¹

Los resultados de dicho estudio basado en una población sumamente amplia a nivel mundial demuestran que la comorbilidad entre las enfermedades crónicas y la depresión es habitual y que las personas que tienen alguna enfermedad crónica tienen la probabilidad de desarrollar depresión. Tener la depresión como enfermedad comórbida empeora gradualmente la salud en comparación con tener la depresión sola, con cualquiera de las enfermedades crónicas solo, y con cualquier enfermedad crónica sin depresión. Dichos resultados de un gran estudio a nivel mundial, indican la necesidad de abordar la depresión en la salud pública como una prioridad y de manera urgente para minimizar la carga de enfermedad y discapacidad, así mismo para mejorar la salud general de las personas.¹

Así mismo, este problema de presencia de depresión o trastornos depresivos en personas con alguna enfermedad crónica se potencializa aún más si consideramos que las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la

causa principal de muerte y discapacidad a nivel mundial. El término enfermedades no transmisibles se relaciona a un conjunto de enfermedades que no son originadas debido a una infección aguda o severa, repercute la salud y presentan consecuencias en ella a largo plazo, así mismo crean la necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Esta condición incluye cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas.²

Ramos et al. Realizó una investigación titulada “resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú en el año 2012” del cual tuvo como resultado que las complicaciones macro y microvasculares más frecuentes secundarias a la DM fueron la neuropatía (21,4%), el pie diabético (5,9%) y la nefropatía (3,9%). Menos frecuentes fueron la retinopatía, la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular. Asimismo, 24 pacientes habían sido sometidos a la amputación del pie o miembros inferiores.³

Las complicaciones ya mencionas repercute de manera significativa no solo el estado físico de la persona sino el estado emocional, puesto que dicha enfermedad así como otras ya mencionadas generan muertes prematuras a nivel mundial.

En el caso peruano un estudio realizado por el Ministerio de Salud (Minsa) halló que la primera causa de muerte con un 58.5% son las enfermedades crónicas degenerativas, que representan la causa principal de muerte siendo las más destacadas la diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial, neoplasias malignas, accidentes cerebro vascular (ACV) y la enfermedad coronaria. En el año 2011 la hipertensión tuvo una prevalencia de 17.9% con una mortalidad de 21.2 x 100 mil habitantes; así mismo las personas con Diabetes Mellitus tuvieron una prevalencia de 3.6% con una mortalidad de 18,9 x 100 mil habitantes. En el Perú se estima que un 25% de la población adulta (mayor de 20 años) padece de hipertensión arterial, más de 60% de hombres y mujeres mayores de 65 años sufre de hipertensión y, con el aumento de la edad se presenta un mayor número de individuos hipertensos. Así mismo cuarenta personas mueren diariamente en el Perú como consecuencia del cáncer de ese total, 21 son mujeres y 19 son

hombres. Aproximadamente 22 mil peruanos viven con este mal sin saberlo (el 80 % de estos casos se presentan en estadios avanzado)⁴

En el Perú, el instituto nacional del Perú realizó un informe en el cual tuvo como objetivo valorar el nivel de comorbilidad entre la depresión y otras enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión en el Perú generando evidencia a partir del análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015. El estudio analizó el cuestionario ENDES 2015, que incluyó un total de 33479 personas de 15 años o más. Una de cada cinco personas presentó síntomas de depresión. Presentar algún tipo de trastorno o síntomas de depresión estuvo asociado a hipertensión, diabetes. El riesgo de sufrir síntomas o trastornos depresivos es mayor para personas con hipertensión en comparación con quienes no la presentan para quienes presentan diabetes. El estudio pone en evidencia el nivel de comorbilidad entre los síntomas y trastornos depresivos y enfermedades crónicas en el Perú. Así, establece la necesidad de identificar y brindar respuesta a la presencia de síntomas y trastornos depresivos como componente del tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Por otro lado sugiere la necesidad de explorar la presencia de las enfermedades crónicas estudiadas entre personas que sufren de depresión.⁵

1.2 Trabajos previos

Se realizó la búsqueda de información de investigaciones relacionadas al tema, tanto al nivel nacional como internacional.

1.2.1 Antecedentes Internacionales

El estudio de Ritter, Ory, Laurent y Lorig en el año 2014 llevaron un estudio en Estados Unidos de América con el propósito de determinar el nivel de depresión para pequeños grupos del programa de automanejo de enfermedades crónicas (CDSMP). Estudio piloto longitudinal con una muestra de 227 personas adultas con una enfermedad crónica inscritos en talleres de CDSMP en los años 2010 y 2011, un primer grupo (n=175) recibió el programa in situ y el segundo grupo lo recibió en línea (n=110). Se Aplicó el instrumento PHQ-8 y se midieron tres indicadores de salud (dolor, fatiga y la función social/limitación de la actividad), una conducta (cumplimiento de la medicación); y dos de utilización (visitas a

urgencias y hospitalizaciones). Los resultados mostraron que al inicio del estudio el 27% y 55 % de las muestras tenían PHQ-8 mayor a 10, hubo una mejoría significativa de la sintomatología depresiva en ambos grupos del 16% y 37% a los 12 meses de post intervención. Ambos grupos mostraron mejoría en la adherencia a la medicación. EL CDSMP se asoció con mejoras a largo plazo en la depresión independiente de la modalidad de entrega o ubicación.⁶

Reyes C. en México en el año 2015, realizó una investigación titulada “Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal”. Tuvo como objetivo describir los indicadores de Ansiedad y Depresión en una muestra de pacientes con insuficiencia renal. La investigación fue descriptiva con una muestra de 81 pacientes entre 18 y 72 años. El instrumento que se utilizó para medir ambos factores de la investigación fue el Cuestionario de Salud General elaborado por Goldberg y Hillier en 1979, mejor conocido como GHQ-28. En los principales hallazgos se obtuvo que el 47.6% del total de la muestra son caso probable a presentar ansiedad mientras que la depresión se presenta en 24.4%.⁷

Bordon M. en Paraguay en el año 2012 realizó una investigación titulada “Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea”. En el cual determinaba la prevalencia de Depresión en Enfermos Crónicos con Artritis Reumatoidea, la investigación fue observacional, de corte transversal, con una muestra de 59 personas, con una edad promedio de 50 años. Tuvo como resultados que el 42% de la muestra presenta depresión y esta se relaciona a la capacidad funcional de los pacientes, inclinándose a una mayor depresión en aquellas que tiene una peor capacidad funcional. El tratamiento fue otro factor importante: hubo menos depresión en los pacientes tratados (38,5%) que en los que aún no lo estaban (71%).⁸

Boing A, Rocha G, Crispim A, Otavió R, Glazer K, Aurelio M. en Brasil en el año 2012, realizaron un estudio titulado “Asociación entre la depresión y las enfermedades crónicas: un estudio de población”. Tuvo como objetivo valorar la asociación entre la depresión y las enfermedades crónicas en los adultos. La investigación fue de corte transversal se llevó a cabo con 1.720 adultos de 20 a

59 años en Florianópolis. La prevalencia de la depresión fue 16,2%, fue mayor en las mujeres, las personas mayores, viudas o divorciadas, y los pobres, aquellos que no informaron actividad física durante el tiempo libre y visitas médicas en las últimas dos semanas y que fueron hospitalizados en el último año también mostraron mayor prevalencia de depresión y enfermedades crónicas. Se concluyó que la prevalencia de la depresión es mucho mayor entre las personas con mayor carga de enfermedades crónicas.⁹

Rodic D, Meyer A y Meinlschmidt G. en Suiza el año 2015, realizaron un estudio transversal titulado “La asociación entre síntomas depresivos y enfermedades físicas en Suiza: Un general en sección transversal Población de estudio” tuvo como objetivo estimar la asociación entre los síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los datos fueron extraídos de la Encuesta de Salud Suiza (SHS) llevada a cabo por la Oficina Federal de Estadística y llevada a cabo por el Instituto SA MIS-Evolución de Lausana y Gümliigen en 2007. La muestra aleatoria estratificada de múltiples etapas incluye sujetos mayores de 15 años, de los 30.179 hogares seleccionados al azar un total de 18.760 sujetos completaron la entrevista telefónica, que corresponde a una tasa de respuesta del 66%. Se obtuvo como resultados que los síntomas depresivos se asocian con un mayor riesgo para la migraña, diabetes, artrosis y la artritis, la EPOC y enfisema, enfermedad renal y cálculos renales, cáncer, alergias como la fiebre del heno, y el riesgo de cualquier enfermedad física. Sin embargo, después de la corrección Holm-Bonferroni, sólo la asociación de los síntomas depresivos con artrosis y la artritis.¹⁰

Bayat et al. En Irán, en el año 2011 realizaron un estudio transversal titulado “Los síntomas de ansiedad y depresión: Una comparación entre los pacientes con diferentes enfermedades crónicas”, tuvo como objetivo comparar los pacientes con diferentes enfermedades crónicas en términos de síntomas de ansiedad y depresión después de controlar los efectos de los datos socio-demográficos y clínicos. Con una muestra de 1872 adultos tenían una de las siguientes cinco condiciones médicas: enfermedad de la arteria coronaria, el trasplante renal, hemodiálisis crónica las condiciones reumatoide artritis reumatoide, osteoartritis, lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante y la hepatitis viral, se

usó como instrumento el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y se tuvo como resultados que enfermedad coronaria y la hemodiálisis crónica fueron predictores de síntomas de depresión.¹¹

Otro estudio realizado en México en el año 2017 por De León M denominado "Relación entre automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas". Estudio de tipo transversal correlacional que se realizó con una muestra de 205 personas con alguna enfermedad crónica; con el objetivo de analizar la relación entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en Centros de Salud de la Jurisdicción No. 2 de Tampico, Tamaulipas, México. Encontrándose como resultados que el índice general del comportamiento del automanejo presentó una puntuación media global de 79, donde 100 indica un adecuado automanejo de las enfermedades crónicas. Se encontró correlación significativa negativa débil entre el trastorno depresivo y el Índice General de Automanejo, así mismo una correlación significativa negativa débil en las dimensiones del automanejo: Conocimiento y trastorno depresivo manejo de signos y síntomas con trastorno depresivo y en la dimensión de adherencia y trastorno depresivo se encontró una correlación significativa negativa muy débil. Concluyéndose que Existe relación entre el trastorno depresivo con automanejo y sus dimensiones: manejo de signos y síntomas, conocimiento y adherencia al tratamiento.¹²

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Ibarra B y Guillermo C. en el año 2014 realizaron un estudio titulado "Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014" en el cual identifica los factores que se asocian a la depresión en pacientes que tienen como diagnóstico de cardiopatía isquémica. Este trabajo retrospectivo, analítico transversal y observacional de diseño no experimental tuvo como población a pacientes internados en el área de cardiología. Se obtuvo como resultado que el 30% de la población hospitalizada por cardiopatía isquémica presenta depresión, siendo el sexo masculino con más predominio (75%), así mismo la mayoría de los pacientes fueron adultos mayores (62%) y los factores como el nivel de instrucción, ocupación, y dependencia desarrollaron alto porcentaje de depresión. Finalmente

concluye que la depresión presenta altos porcentajes en los pacientes con enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica y en gran medida si están hospitalizados.¹³

Salazar C, realizo una investigacion en el año 2015 titulado “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital nacional dos de mayo” determinó la prevalencia de ansiedad y depresión en 104 pacientes que se encontraban hospitalizados en el área de medicina, se recogieron variables sociodemográficas y se dio como resultado que la depresión estaba presente un 100% en hombres mientras que un 98% en mujeres. Así mismo concluyó que la prevalencia de depresión en enfermos hospitalizados por alguna enfermedad crónica es alta si guardar relación con el progreso de la.¹⁴

Urrutia D y Segura D realizaron una investigación en el año 2012 titulado “Sintomatología depresiva y diabetes mellitus tipo 2 en una muestra ambulatoria de un hospital de las Fuerzas Armadas en Lima, Perú, 2012: estudio transversal” el cual tuvo como objetivo explorar la presencia de síntomas depresivos en población que tiene diabetes mellitus tipo 2 y los factores que estuvieron asociados para el desarrollo de la depresión depresivos se evaluaron con el test autoaplicado de Zung a 108 personas. Y demostró que el 56.5% tuvo sintomatología depresiva y que factores como el sexo la edad y complicaciones que tiene la diabetes tiene asociación significativa para desencadenar el desarrollo de la depresión. Finalmente se concluyó que existe una elevada presencia de síntomas depresivos en la población estudiada, primordialmente en pacientes adultos mayores, y población femenina y aquellos que sufren las complicaciones tardías de la diabetes.¹⁵

Añorga J realizó una investigación en el año 2014 titulada “Relación entre la hipertensión arterial y la depresión en pacientes hipertensos mayores de 40 años atendidos en hospital salud pucallpa mayo- octubre 2014” este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos atendidos mencionado hospital, fue un estudio no experimental, transversal, descriptivo; se realizó la recolección de los datos según cuestionario elaborado y se les aplicó el Test de Zung. Como resultados se diagnosticó depresión a 56

pacientes (21 ,72%). La depresión en el sexo femenino 27,37% de las mujeres a comparación de un 8,86% de los varones. Se concluyó la prevalencia de depresión de la muestra 56 pacientes.¹⁶

1.3 Teorías relacionadas al tema

Marco teórico

1.3.1 Trastorno Depresivo

Para la OMS la depresión es un trastorno mental muy frecuente, en la cual tiene como características principales la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de placer o interés, falta de autoestima, trastorno del apetito o del sueño.¹⁷

La depresión se desarrolla como una agrupación de síntomas siendo los de más predominio los síntomas afectivos como son la tristeza, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, etc.; como también se pueden presentar síntomas de tipo cognitivo, por lo que se puede inferir que es tiene una simulación global, donde hay una alteración psíquica y física, primordialmente en afectividad.¹⁸

Para la depresión no hay edad de inicio en la cual se pueda desarrollar, sin embargo su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, el funcionamiento, la productividad y las relaciones personales. En cuanto a la sintomatología, esta puede ser distinta según la edad, pues en lo jóvenes los síntomas son principalmente comportamentales, mientras que en los adultos mayores los síntomas frecuentemente son somáticos.¹⁹⁻³⁸

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-V la depresión se especifica por determinadas situaciones que tiene por lo menos 14 días de duración (2 semanas) de duración, aunque mayormente los episodios suelen durar mucho más tiempo. Estos episodios presentan cambios notorios en el afecto, la cognición y las funciones neurogenerativas, y remisiones interepisódicas.¹⁹

Criterio de síntomas

Según El Manual Diagnósticos y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM V, por sus siglas en inglés), se hallan 9 síntomas de los cuales, de los cuales se deben presentar al menos cinco o más de ellos durante el periodo de dos semanas. Los síntomas deberán permanecer gran parte del día o incluso diario, sin embargo el ánimo depresivo o el desinterés y placer por realizar casi todas las actividades durante un periodo de por lo menos dos semanas sería el rasgo principal del episodio depresivo.¹⁹

-
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Asociación Panamericana de Psiquiatría [APA], 2014, p.160-161.

Por otro lado, se han elaborados diferentes instrumentos para la evaluación del trastorno depresivo, de los cuales son únicamente para tamizajes; esto quiere decir que son una serie de preguntas que puedan indicar la presencia o ausencia de un problema de salud en particular, mas no diagnostica la enfermedad. Son una herramienta útil para la investigación e intervención en el campo de salud mental.

Uno de esos instrumentos con el que se cuenta para valorar la sintomatología depresiva es el Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8), este instrumento fue utilizado en la presente investigación; y consiste de ocho criterios de los nueve que incluye DSM-V para el diagnóstico de los trastornos depresivos, además se ha demostrado que es eficaz para detectar síntomas depresivos en diversos grupos raciales y étnicos.²⁰

Esta variable se compone de ocho preguntas de escala tipo Likert. A cada pregunta tiene un valor que va de 0 a 3, donde 0=Ningún día, 1=Varios días, 2= Más de la mitad de los días y 3= Casi todos los días.

Para la interpretación se hace la sumatoria de los 8 ítems para dar un puntaje total que va de 0 a 24, entre más bajo sea el puntaje tiene menor T. depresión.

De esta manera se categoriza las siguientes puntuaciones:

- Sin síntomas depresivos: 0-4 puntos
- Síntomas leves 5-9 puntos
- Síntomas moderados: 10-14 puntos
- Síntomas moderadamente severos o graves: 15-19 puntos
- Síntomas graves: 20-24 puntos

1.3.2 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son de una extensa duración y generalmente su progresión es duradero. Siendo las más comunes las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes.¹⁷

Las enfermedades crónica suelen forzar notables cambios de estilo de vida que pueden ser potencialmente estresante como por ejemplo, dejar de realizar actividades que nos agrada hacer, la adaptación a nuevas limitaciones física y necesidades especiales, pagar tratamiento costos etc. Incluso puede resultar difícil la vida diaria.

Un estudio realizado a paciente que sufrían dolores de cabeza crónicos causados por la tensión indicó que experimentaron un bajo desempeño en sus trabajos y su relación social y que tenían la probabilidad de ser diagnosticados con ansiedad o trastornos del estado del ánimo.²¹

1.3.3 Depresión en enfermedades crónicas

El tener una enfermedad crónica como el cáncer, diabetes, hipertensión o el Sida, suele relacionarse con un conjunto de emociones negativas (temores, miedos, incertidumbres), entre otros sentimiento. En suma, el diagnostico de mencionadas enfermedades supone sufrimiento mayor o menor grado. Pese al impacto psicológico que genera esta situación, el manejo de la enfermedad estará asociado a las estrategias de afrontamiento ante el miedo, los pensamientos negativos, las preocupaciones ante el tratamiento y su evolución. Si el afrontamiento ante esa situación supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones “dicen o aconsejan hacer”, se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal.²²

En estudios realizados con pacientes recientemente diagnosticados con diversos tipos de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de síntomas depresivos se produjo durante los primeros dos años. Si bien estos síntomas suelen disminuir, los pacientes con enfermedades cardíacas presentan un riesgo

considerablemente mayor de depresión hasta ocho años después del diagnóstico. Las limitaciones físicas impuestas por las enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas como, por ejemplo, la artritis y la enfermedad pulmonar son además una causa común de depresión, sobre todo entre las personas de edad avanzada.²³

Aquellos que luchan contra enfermedades cardíacas están particularmente en riesgo. La depresión prolongada en pacientes con enfermedades cardiovasculares es un factor conocido que contribuye a los ataques al corazón y derrames cerebrales. Además, los supervivientes de ataques al corazón que tienen depresión seria son tres a cuatro veces más susceptibles a morir en el término de seis meses.²³

Dentro de los diferentes trastornos mentales, la depresión es la situación más predominante en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta prevalencia puede ser tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas. Por ejemplo, el ser diagnosticado con diabetes, duplica la posibilidad de desencadenar o desarrollar depresión, una condición que perjudica cerca de un 30% de personas con diabetes tipo 1 y 2. Por otro lado la prevalencia de depresión se encuentra aproximadamente de 45% en pacientes que son diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular.²⁴

Diferentes estudios han revelado que la aparición de algún desorden mental puede ayudar tanto al origen como al progreso de las enfermedades crónicas. Así, la evidencia demuestra que las personas con depresión, o con en otros casos trastornos mentales, tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas a comparación de quienes no sufren problemas de salud mental. Además se considera que los pacientes con depresión tienen un alto riesgo de sufrir una enfermedad coronaria, incluso se conoce que la sintomatología depresiva se encuentra vinculada a un incremento importante en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.²⁴

En relación al progreso que tiene la condición crónica, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones vinculadas a la diabetes, como son la retinopatía

diabética, nefropatía, enfermedades cardiovasculares y disfunción sexual. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, las complicaciones médicas y cardíacas como la isquemia, insuficiencia cardíaca o infarto se ven aumentadas debido a la depresión. En base a lo mencionado no sería novedad que la depresión en pacientes diabéticos o cardíacos implique un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Es decir, el riesgo de mortalidad es de dos a tres veces más alto para los pacientes diabéticos tipo 2, y dos veces mayor para los que tienen enfermedades cardiovasculares que sufren de depresión.²⁴

Así mismo haciendo un análisis con los resultados de la encuesta mundial de salud que realizó la OMS, señala que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas se relaciona relevantemente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes que tienen una o más enfermedades crónicas pero a la vez, no tienen depresión. Se infiere así la importancia que brindar atención en salud mental a la población con cronicidad. No obstante, también se muestra que la depresión en pacientes con enfermedades crónica como la diabetes e hipertensión, continúa siendo subtratada y subdiagnosticada en el mundo, pese a su máxima prevalencia y su relación con complicaciones de salud, daño en la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad.²⁴

Spiegel et al manifiesta que los casos de muerte en pacientes que tienen cáncer podrían verse incrementada básicamente por tres razones identificados por ellos. Primero, es el efecto fisiopatológico vía neuroendocrina e inmunológica debido a una desequilibrio del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, específicamente en la variación de cortisol y melatonina. Segundo, pueden tener menor adherencia a técnicas de tamizaje preventivos, tratamientos de cáncer (por ejemplo las quimioterapias) o sugerencias para mantener una adecuada salud, por el simple hecho de estar deprimidos. Y por último, la mayoría de los síntomas de cáncer además de los efectos colaterales que tiene el tratamiento son homogéneas a los que desarrolla la depresión como es la pérdida de apetito, la fatiga e impedimento para obtener la concentración. Sumando estos criterios los síntomas depresivos supuestamente son más persistentes en estados progresivos de la enfermedad que un estado inicial.²⁵

A nivel nacional es importante anotar que los desórdenes mentales presentan una distribución desigual en la población peruana, siendo más prevalentes, por ejemplo, en personas de bajos recursos y en aquellas afectadas por la violencia política vivida en el país en las décadas de los ochenta y noventa. Así, por ejemplo, en Lima, en el año 2002, el 34,2% de la población que no cubría sus necesidades básicas de alimentación, sufría de algún trastorno psiquiátrico y 17,5% tenía depresión. De otro lado, un estudio realizado en el año 2003 en la región de Ayacucho encontró un 56% de prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico y un 24,5% de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política.²⁴

Se analizaron datos sobre 30.801 adultos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de 1999. Se calculó la prevalencia a 12 meses y la probabilidad de depresión mayor ajustada por edad / sexo para adultos con hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular o accidente cerebrovascular (CVA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal terminal (ERT). La prevalencia a 12 meses y las probabilidades ajustadas por edad / sexo de la depresión mayor por condiciones crónicas fueron las siguientes: Insuficiencia Cardíaca Congestiva, 7,9%; HTA 8,0% DM, 9,3% (OR = 1,96); Enfermedad Coronaria, 9,3%; Accidente Cerebro Vascular, 11,4%; EPOC, 15,4%; Enfermedad renal en etapa terminal, 17,0%; Cualquier condición crónica, 8,8%. Se concluyó que la prevalencia de 12 meses y las probabilidades de depresión mayor son altas en individuos con condiciones médicas crónicas.²⁶

1.4 Formulación de problema

1.4.1 Problema General

¿Existe presencia de sintomatología depresiva en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de comas e independencia 2017?

1.4.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia?
- ¿Cómo es el trastorno depresivo en personas que reciben atención en los centros de salud Comas e Independencia
- ¿Cómo es el trastorno depresivo según el sexo en personas que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia?

1.5. Justificación del estudio

El presente trabajo es relevante porque hay información sobre la relación del trastorno depresivo en personas con alguna enfermedad crónicas a nivel nacional mas no a nivel local en lo que respecta el lugar donde se realizará el estudio. Por lo tanto es de gran importancia llevar a cabo esta investigación para generar nuevos conocimientos y corroborar los resultados con otros estudios a nivel nacional y mundial.

Así mismo, los resultados ayudarán a los profesionales de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención que vean a las personas que tienen alguna enfermedad crónica no solo biológica y físicamente sino brinden un cuidado integral que contemple su salud mental. Se espera que los resultados contribuyan a la toma de decisiones en la implementación de programas y estrategias que sean viables para proveer la atención en salud mental particularmente para los pacientes con enfermedades crónicas, quienes tienen un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, que puede además dificultar el manejo y empeorar su condición crónica.

En base a lo mencionado anteriormente se pretende responder a la siguiente pregunta de investigación se pretende que el estudio sirva como sustento para motivar a diferentes profesionales de enfermería a la elaboración de futuros proyectos de investigación.

1.6 Objetivos

General

- Determinar la presencia de trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas de los centros de salud de Comas e Independencia

Específicos

- Describir las características socio demográficas en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia
- Medir la presencia de trastorno depresivo en personas que reciben atención en los centros de salud Comas e Independencia
- Describir la presencia de trastorno depresivo según el sexo en personas que reciben atención en los centros de salud Comas e Independencia

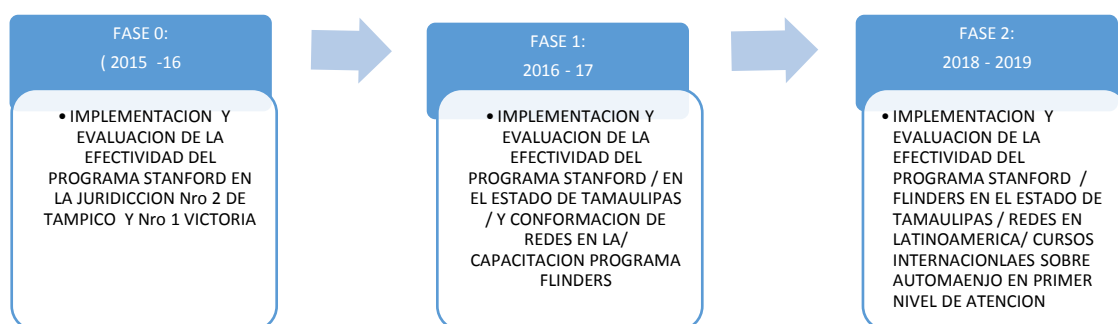
II. METODO

2.1 Diseño de investigación:

El tipo de estudio: Es descriptivo Según Hernández R Menciona que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

El presente proyecto, forma parte de un proyecto de la facultad de Enfermería Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México, denominado: red temática: Automanejo de enfermedades crónicas. Donde la Escuela de

Enfermería Lima norte de la Universidad Cesar Vallejo forma parte. Dicho proyecto se está realizando en fases, las que se describen a continuación

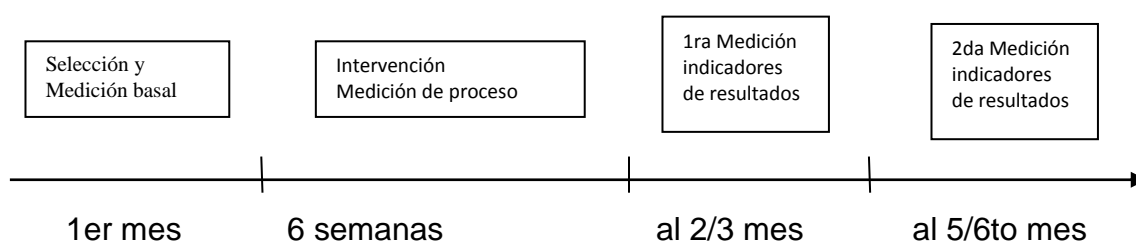


Correspondiendo la presente investigación a la fase 1 del proyecto

El diseño del estudio matriz corresponde a un diseño cuasi experimental, con mediciones repetidas para cada grupo intervenido y control.

En cada centro de salud se conformó un equipo de trabajo, responsables de realizar la implementación y las mediciones pre y post por centro de salud

La intervención se realiza como se muestra en el siguiente esquema:



La presente investigación tiene un diseño No experimental de corte transversal.

Según Hernández el estudio no experimental es aquel estudio que se lleva a cabo sin manipular deliberadamente variables y fundamentalmente se basa en la observación de fenómenos para analizarlos con posterioridad como se dan en su contexto natural y es de corte transversal porque se recolectan datos en un solo

momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.²⁷

2.2 Variable y Operacionalizacion

V1 Nivel de trastorno depresivo

| Variable | Definición Conceptual | Definición operacional | Indicadores | Escala de medición |
|---------------------|--|---|---|--------------------|
| Trastorno depresivo | Para la OMS la depresión es un trastorno mental muy frecuente, en la cual tiene como características principales la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de placeres o interés, falta de autoestima, trastorno del apetito o del sueño. ¹² | <p>El trastorno depresivo se medirá con el instrumento Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8).</p> <p>Esta variable se compone de ocho preguntas de escala tipo Likert. A cada pregunta tiene un valor que va de 0 a 3, donde 0=Ningún día, 1=Varios días, 2= Más de la mitad de los días y 3= Casi todos los días.</p> <p>Para la interpretación se hace la sumatoria de los 8 ítems para dar un puntaje total que va de 0 a 24, entre más bajo sea el puntaje tiene menor T. depresión.</p> <p>De esta manera se categoriza las siguientes puntuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin síntomas depresivos: 0-4 puntos • Síntomas leves 5-9 puntos • Síntomas moderados: 10-14 puntos • Síntomas moderadamente severos o graves: 15-19 puntos • Síntomas graves: 20-24 puntos | <p>1.- ¿Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas?</p> <p>2.- ¿Se sintió desanimado, deprimido, o sin esperanza?</p> <p>3.- ¿Tuvo problemas para dormir o durmió demasiado?</p> <p>4. ¿Se sintió cansado o con poca energía?</p> <p>5.- 5. ¿Sintió tener poco o demasiado apetito?</p> <p>6.- ¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso – o que le ha fallado a su familia?</p> <p>7. ¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión?</p> <p>8. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario– estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual?</p> | Ordinal |

2.3 Población muestra y muestreo

La población referente del estudio matriz son usuarios con un diagnóstico médico de alguna enfermedad crónica, que reciben atención en centros de salud de las Jurisdicción Sanitaria de la Secretaría de Salud de cada estado involucrado en el Proyecto (para el caso de México: Estado de Tamaulipas y Coahuila y en Perú el Ministerio de salud en la ciudad de Lima)

Para el caso de la Red de salud Tupac Amaru donde se inserta el presente proyecto, el total de centros de salud es de: 7

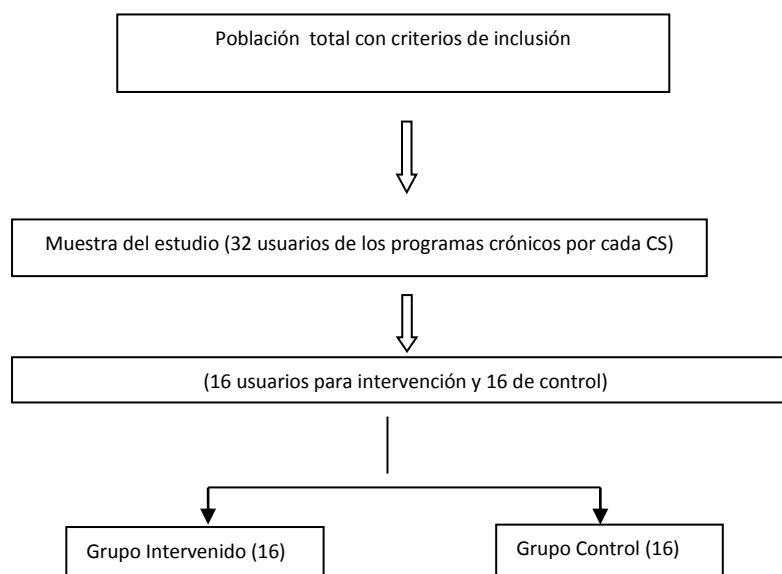
| SEDES | Instituciones | FASE 0 (2014-2015) | | | FASE 1 (2016-2017) | | |
|-----------|---|-----------------------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|
| | | BASAL | POST 1 | POST 2 | BASAL | POST 1 | POST 2 |
| TAMPICO | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | 210 | 168 | 134 | | | |
| | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | | | | 210 | 168 | 134 |
| VICTORIA | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | 210 | 168 | 134 | | | |
| | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | | | | 210 | 168 | 134 |
| MATAMOROS | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | | | | | | |
| LAREDO | Jurisdicción Nro 2 : 7 centros de salud | | | | | | |
| SALTILLO | Jurisdicción Nro 8 : 7 centros de salud | | | | 210 | 168 | 134 |
| LIMA | INEN: 7 Grupos | | | | 210 | 210 | 134 |
| | Red salud TA: 7 centros de salud | | | | 224 | 224 | 134 |
| TOTAL | | 420 | 336 | 268 | 1050 | 840 | 670 |

Para el presente proyecto, la población corresponde a la Fase 1 de la Sede Lima

El muestreo realizado por el proyecto matriz es no probabilístico por conveniencia, dado que se seleccionaron a los sujetos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Seleccionando dos grupos: un grupo que fue intervenido por el Programa de automanejo: Tomando control de su salud de la Universidad de Stanford, y otro grupo que no fue intervenido denominado de grupo control.

Proceso de selección: La selección de los sujetos será realizado por los líderes de cada centro de salud, previamente capacitados. Se invitará a participar en el programa y se seleccionara de ese grupo al grupo intervenido y al grupo control, previo al informe detallado del programa, y la aprobación firmada de su consentimiento a participar en el estudio.

Se seguirá el siguiente esquema:



Criterios de Elegibilidad

Los criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 a más años
- Diagnóstico confirmado de una enfermedad crónica

- Personas que acuden a la consulta externa del centro de salud de la Jurisdicción Sanitaria

Criterios de Exclusión

- Personas con capacidades disminuidas (cognitivas): Se preguntó su orientación en el tiempo, persona y lugar , si no respondía correctamente se excluía en el estudio
- Personas embarazadas: Dado que la intervención sufriría un sesgo con los cuidados adicionales que por la condición de embarazo tendría que hacer la persona

El presente proyecto, selecciono de la base de datos capturada en la fase. 1 del proyecto en la medición basal, correspondiente a la base de datos de la Red de salud Túpac Amaru, seleccionado a los 224 personas que tienen una enfermedad crónica, dado que el objetivo del estudio es: Identificar la presencia de trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas de los centros de salud de Comas e Independencia

Según las exigencias de participación del Programa implementado de automanejo de la Universidad de Stanford, se seleccionó un máximo de 30 participantes por cada centro de salud, seleccionando a 15 participantes por cada centro de salud que serían intervenidos por el programa y 15 participantes en el grupo control.

Seleccionando primero los 7 centros de salud a ser intervenidos, esta selección de centros de salud fue realizada por los profesionales a cargo de la Jurisdicción, una vez definidos los centros se procedió a seleccionar a los participantes. (Este procedimiento se realizó tanto para la fase "0" como para la fase "1", quedando una muestra total de: 224 personas de todos los centros de salud para cada centro de salud en las mediciones basales).

De este total capturado en la base de datos, de la Red de salud Túpac Amaru se seleccionó a los sujetos de estudio para el presente proyecto, quedando distribuido de la siguiente manera:

Distribución de pacientes por centro de salud: Red Tupac Amaru Nro Fase I

| Centros de salud | Muestra Estudio matriz | Muestra estudio del |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| C.S Sangarará | 15/15 | 16/16 |
| C.S Milagros de la Fraternidad | 15/15 | 16/16 |
| C.S Laura Rodríguez | 15/15 | 16/16 |
| C.S Collique III | 15/15 | 16/16 |
| C.S Los Quechuas | 15/15 | 16/16 |
| C.S Santa Luzmila | 15/15 | 16/16 |
| C.S Carmen Medio | 15/15 | 16/16 |
| Total, personas | 210 | 224 |

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica a emplear en esta investigación es la encuesta y el instrumento que se usará es un cuestionario.

Para medir el trastorno depresivo, se utilizó el Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8) en el cual, en su versión original era PHQ, el PHQ original es una escala de 21 ítems desarrollado a finales de 1990 “para hacer diagnósticos basados en criterios de depresión y otros trastornos mentales que se encuentran comúnmente en la atención primaria” (PRIME-MD).³⁴ El PHQ (Patient Health Questionnaire Depression) es una versión auto administrada del PRIME-MED, que evalúa el estado ánimo, la ansiedad, entre otros trastornos mentales.²⁸

El PHQ-9 es un subconjunto de nueve puntos del PHQ que se centra específicamente en la depresión. El PHQ-9 se evaluó entre 6.000 pacientes en atención primaria y de 7 clínicas ginecoobstetras y se encontró que una “medida fiable y válida de gravedad de la depresión” con un alfa de Cronbach de 0.89.²⁹

El PHQ-9 contiene una pregunta del DSM-V que evalúa pensamientos suicidas o autolesión, las investigaciones indican la supresión de esta pregunta en poblaciones o muestras clínicas por las siguientes razones: 1) el riesgo de suicidio es bajo; 2) la depresión está siendo evaluado como un resultado secundario en los estudios de otras condiciones crónicas; y 3) los datos se están recopilando de forma auto administrada en lugar de una entrevista directa, esto llevo a la propuesta de PHQ-8 donde se eliminó el ítem 9.³⁰⁻³⁶

Kazykov y sus colegas compararon el PHQ-9 a la PHQ-8 en 1.022 pacientes ambulatorios con la condición crónica de la enfermedad arterial coronaria (CAD). Llegaron a la conclusión que la pregunta 9 no era una pregunta de suicidio exacta y que “el PHQ-8 puede ser una opción mejor que el PHQ-9 en pacientes con enfermedad arterial coronaria. PHQ-8 puntuaciones van de 0 a 24 y tenía una consistencia interna de 0,89 entre los participantes vida saludable de Canadá. Tanto para el PHQ-9 y el PHQ-8, una disminución de 5 puntos o más se ha utilizado como un indicador general de mejoría clínicamente significativa.”³⁰

Kroenke, Strine & Spitzer en el año 2009 evaluaron el PHQ-8 con una población general de 198,678 personas que participaron en el 2006 en una encuesta de factores de riesgo del comportamiento, se encontró un punto de corte para la interpretación de > 10 puntos en la lectura del instrumento, con una consistencia interna de 0.89, con una sensibilidad de un 88% y un 88% de especificidad para la depresión mayor.³¹⁻³⁵

EL PHQ-8 ha demostrado que tiene funcionamiento comparable con el PHQ-9 en términos de diagnóstico. Se ha utilizado en el entorno clínico con pacientes psiquiátricos, en población de atención primaria, administrado por vía telefónica y en programas de automanejo para condiciones crónicas, en todas las muestras ha demostrado ser eficaz en la detección de síntomas del trastorno depresivo en diversos grupos raciales y étnicos.³²⁻³⁴

Sin embargo para el presente trabajo de investigación se realizó una prueba piloto con una muestra de 15 personas con diagnostico definitivo de alguna enfermedad crónica y para ello se realizó al alfa de cronbach cuya puntuación fue de 0.86

2.5 Métodos de análisis de datos

La información se almacenó en una base de datos creada en el SPSS 23.

Para el análisis de datos se realizó todo un proceso, el cual consistirá primero en la codificación de los datos, posteriormente estos datos fueron evaluados bajo el análisis univariado y bivariado.

Y finalmente los resultados se representarán por medio de gráficos, los cuales fueron interpretados.

2.6 Consideraciones éticas

La investigación tendrá en cuenta los siguientes principios éticos:

Consentimiento informado: Las personas a participar en este estudio de investigación se encuentran informados de los objetivos y beneficios que tendrán si aceptan su participación en el.

Respeto a la persona: Las personas tienen derecho a decidir si participan o no en este trabajo de investigación.

Respeto a la privacidad: todos los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas no serán divulgadas.

Beneficencia: Para los centros de salud el cual serán informados de los resultados para que acorde a ello puedan programas educativos y asistenciales en cuanto al tema.

III. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de la población de estudio, se describirán las características sociodemográficas, los aspectos de salud de la población, el trastorno depresivo según el sexo y el trastorno depresivo en general (en personas con alguna enfermedad crónica).

Tabla 1 Aspectos Sociodemográficos

| Aspectos Sociodemográficos | nº (224) | % |
|--------------------------------------|-------------|------------------------|
| Edad | media: 64 | Rangos: Min:19 Max: 91 |
| Años de Estudio | media: 7,18 | Rangos: Min: 0 Max: 21 |
| Sexo | | |
| Femenino | 164 | 73.2 |
| Masculino | 60 | 26.8 |
| Estado civil | | |
| Casado | 134 | 59.8 |
| Viudo | 52 | 23.2 |
| Divorciado | 8 | 3.6 |
| Soltero | 30 | 13.4 |
| Tipo de Familia | | |
| Nuclear | 82 | 36.6 |
| Nuclear modificada | 18 | 8 |
| Nuclear reconstituida | 9 | 4 |
| Extensa | 88 | 39.3 |
| Pareja | 11 | 4.9 |
| Atípica | 16 | 7.1 |
| Nº de miembros de una familia | media: 4,86 | Rangos: Min: 1 Max: 13 |

Fuente: Encuesta Red de Automanejo. 2017

En la presente tabla se evidencia que la edad de la población tiene un promedio de 64 años con un rango de 19 años como mínimo y 91 años como máximo; así mismo se estima que los años de estudios cursados es de 7 años como promedio (primaria completa); no obstante se puede evidenciar que se halla personas sin estudios (mínimo: 0 años) así como también personas con estudios superiores (máximo: 20 años). El sexo preponderante en la población de estudio es el sexo femenino con un 73.2% en comparación con el sexo masculino que solo tiene

26.8%. En relación al estado civil, se estima que el 59.8% es casado sin embargo un 40.2% refiere no tener pareja (viudo, divorciado, soltero). El tipo de familia predominante es la de tipo extensa con 39.3%, seguida de la familia de tipo nuclear con un 36.6%, además se estima que por familia existe un promedio de 5 miembros.

Tabla 2 Aspectos de salud de la población de estudio

| Aspectos de su salud | f (n:224) | % (100) |
|--|--------------|------------|
| Dx actual | | |
| Diabetes | 72 | 32,1 |
| Hipertensión | 88 | 39,3 |
| Cáncer | 1 | ,4 |
| Otros (Obesidad, asma, artritis) | 63 | 27,2 |
| Años de Diagnóstico de la primera enfermedad $\mu: (\pm) 8$ Min1-max47 años | | |
| Más de una enfermedad | | |
| Una enfermedad | 145 | 64,7 |
| Más de una enfermedad | 79 | 35,3 |
| Tipo de seguro | | |
| Ninguno | 13 | 5.8 |
| SIS | 104 | 46.4 |
| S. social | 89 | 39.7 |
| S. privado | 12 | 5.4 |
| Otros | 6 | 2.7 |

Fuente: Encuesta Red de Automanejo. 2017

En la presente tabla se describe los aspectos de salud que tiene la población de estudio y se puede evidenciar que la enfermedad crónica que predomina es la hipertensión con un 39%, le sigue la diabetes con un 32% y por último el cáncer con un 4%, sin embargo un 27% refiere tener otras enfermedades crónicas dentro de ellas obesidad, asma artritis, etc. Así mismo el 64.7% refiere tener solo una

enfermedad crónica, mientras que un 35.3% refiere tener más de una enfermedad crónica. Refieren también, tener un promedio de 8 años conviviendo con la primera enfermedad y 47 años como máximo. El tipo de seguro que mayormente tiene la población de estudio es la del Seguro Integral de Salud (SIS) mientras que un 39.7% manifiesta tener seguro social (ESSALUD).

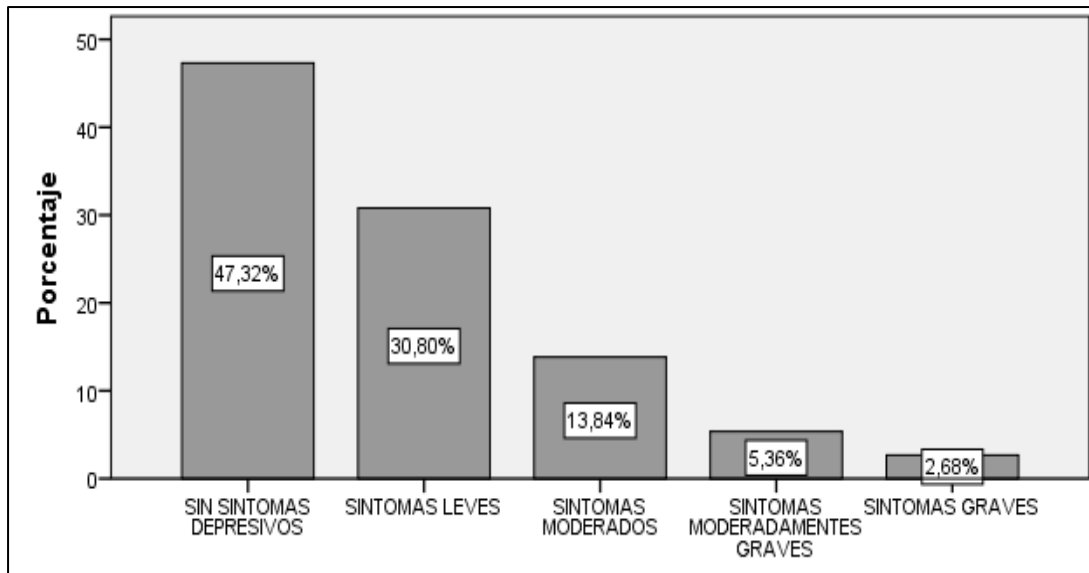
| TRASTORNO DEPRESIVO | | | Sexo | | Total |
|------------------------|--------------|------------------|----------|-----------|--------|
| | | | femenino | masculino | |
| | SIN SINTOMAS | Recuento | 68 | 38 | 106 |
| | | % dentro de Sexo | 41,5% | 63,3% | 47,3% |
| | CON SINTOMAS | Recuento | 96 | 22 | 118 |
| | | % dentro de Sexo | 58,5% | 36,7% | 52,7% |
| Total | | Recuento | 164 | 60 | 224 |
| | | % dentro de Sexo | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tabla 3 Trastorno Depresivo según sexo

Fuente: Personal Health Questionnaire Depression Scale. 2017

En la presente tabla se evidencia que el 58,5% de la población femenina presentan síntomas depresivos, en contraste con el sexo masculino que solo el 36.7% presenta síntomas depresivos. Sin embargo se evidencia también que el 41.5% de la población femenina y el 63% de la población masculina no presenta síntomas depresivo

Gráfico n°1. Presencia de trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas de los centros de salud de Comas e Independencia



Fuente: Personal Health Questionnaire Depression Scale. 2017

En el presente gráfico referente a la presencia de trastorno depresivo en la muestra de estudio se puede evidenciar que la mitad (52.7%) presenta síntomas de trastorno depresivo en cualquier clasificación. Así mismo, cabe resaltar que un 8.1% presenta trastorno depresivo que va desde moderadamente a grave.

IV. DISCUSIÓN

Los objetivos planteados del presente estudio fueron: Describir las características sociodemográficas, describir la presencia de trastorno depresivo según el sexo y determinar la presencia de trastorno depresivo en personas con alguna enfermedad crónica que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia.

En cuanto al primer objetivo que es la descripción de las características sociodemográficas, se refleja que la edad promedio de la población estudiada fue de 64 años lo cual indica que a gran parte de la muestra son adultos mayores; siendo éstos los más afectados orgánicamente por las enfermedades crónicas ya que hay una disminución del funcionamiento en los órganos del cuerpo, así lo afirma Durán et.al. Aparte que afecta físicamente también afecta emocionalmente y ese es un factor que contribuye a que desarrollen síntomas de depresión por el hecho de los presentes cambios que se dan al tener una enfermedad crónica como es el de tener que llevar un tratamiento médico, llevar una adecuada alimentación, las complicaciones que llevan la enfermedad, etc. Así mismo muestra un mínimo de 19 años edad, lo cual indica que hay población joven que está desarrollando alguna enfermedad crónica lo cual concuerda con lo que afirma Vásquez E quién destaca que la cronicidad no afecta exclusivamente a los mayores.

Además se evidencia que existe un 37% de la población de estudio que tiene más de una enfermedad crónica, es decir se afirma de que al tener una enfermedad crónica existe la posibilidad de que la persona desencadene otra enfermedad crónica aparte de la que ya tiene, como consecuencia de las complicaciones que tiene la primera enfermedad crónica diagnosticada; esta manifestación es denominada polipatología, y los pacientes que la padecen suponen un importante modelo en atención primaria, por tener una elevada mortalidad y vulnerabilidad clínica, más aun si la padecen las personas adulta mayores como lo indica en este caso el presente trabajo de investigación teniendo un promedio de 64 años de edad en la muestra estudiada ya que el adulto mayor tiene una alta prevalencia de polipatología física.

Es por ello que es imprescindible proporcionar una atención de salud mental eficaz en el primer nivel, una buena asistencia sanitaria es importante para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos.

En relación con el objetivo general de la presente investigación los hallazgos demuestran que hay presencia de síntomas depresivos en un 52% y poco menos de la mitad no presentó sintomatología depresiva. Ósea de dos personas una presenta algún tipo de trastorno depresivo

La hipertensión y la diabetes son las enfermedades crónicas que predominaron en la población estudiada, para ENDES personas que tengan dichas enfermedades tienen el riesgo de sufrir síntomas depresivos, lo cual se respalda con los resultados obtenidos teniendo un 52% de la población que presentan síntomas depresivos. Por otro lado Bordon M en su investigación encontró una prevalencia de 42% de depresión en pacientes con alguna enfermedad crónica de artritis reumatoidea; mientras que Reyes (2015) en su investigación halló que la depresión se presenta un 24% en pacientes con insuficiencia renal. Se puede deducir entonces que las personas que tienen alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc) tienen más riesgo o son más vulnerables de padecer síntomas depresivos que una persona que no tiene alguna enfermedad crónica de fondo.^{8,7}

En suma, en un estudio de Boing et al tuvo resultados como el la prevalencia de trastorno depresivo se dio en un 16% en personas con enfermedades crónicas y concluyó que dicha prevalencia es mayor en las mujeres, personas adultas mayores, personas viudas o divorciadas y las personas con mayor carga de enfermedades crónicas, dichos datos se ven reflejados en el presente estudio ya que existe un 52% de población que presenta trastorno depresivo, a la vez un 39% tiene hipertensión, un 26% es viudo o divorciado, el promedio de edad es 64 años (población adulta mayor), y por último existe un 35% de la población que tiene más de una enfermedad crónica. Bajo esta perspectiva identificar tempranamente síntomas depresivos en la persona que tiene alguna enfermedad crónica es de suma importancia para una intervención oportuna.⁹

En relación al segundo objetivo, trastorno depresivo según el sexo, hubo predominio en el sexo femenino con un 58.5% con presencia de síntomas

depresivos, determinada frecuencia se ve relacionada también a que existe un 72% del sexo femenino predominante en la población de estudio. Este resultado concuerda con el estudio de Urrutia D y Segura D quienes concluyeron que había una elevada presencia de síntomas depresivos en la población femenina. Igualmente, los resultados se contrastan con la investigación de Añorga J quien tuvo un 27% del sexo femenino que presentaba depresión a comparación del sexo masculino que solo obtuvo un 8.8%. No obstante el estudio de Ibarra B y Guillermo C tuvo como resultados que el 75% de su población masculina presentó depresión, a comparación del sexo femenino que solo tuvo un 62%, dicho resultado discrepa con el presente estudio y esto se puede deber a que el diagnóstico crónico del estudio fue de cardiopatía isquémica, uno de los padecimientos crónicos que más se ve afectado por el sexo masculino. Por lo tanto se puede inferir que el trastorno depresivo afecta más a las personas de sexo femenino y serán más vulnerables de presentar síntomas depresivos si ésta tiene alguna enfermedad crónica, sin embargo también va depender el tipo de enfermedad crónica que esté desarrollando la persona.^{15,16}

Analizando la consecuencia que tiene el trastorno depresivo en las personas con alguna enfermedad crónica se puede inferir que una de ellas es la influencia en el automanejo de su enfermedad, tal y como lo describe Del Leon M, quien afirma que a menor sintomatología depresiva habrá mayor automanejo, por lo tanto se deduce que si una persona tiene como diagnóstico ya sea diabetes, hipertensión o cualquier otra enfermedad crónica y presenta sintomatología depresiva, esto va repercutir en su salud, especialmente en el automanejo que tiene la persona con su enfermedad (automanejo disminuirá) y las complicaciones aumentarán (fenómeno polipatológico). Es por ello la importancia del estado emocional de la persona con cronicidad.¹²

V. CONCLUSIONES

1. Las enfermedades crónicas en los pacientes que reciben atención en los centros de salud de Comas e Independencia se dio mayormente en las personas con un promedio de 64 años de edad, con estudios de primaria completa, predominó el sexo femenino y el estado civil de casado. Y el tipo de familia predominante fue el de nuclear y extensa
2. La enfermedad crónica preponderante fue la hipertensión y la diabetes, con un promedio de 8 años de diagnosticada la enfermedad; así mismo el paciente crónico tiene más de una enfermedad (polipatología)
3. Existe la presencia de trastorno depresivo en la personas con alguna enfermedad crónica de los centros de salud de Comas e Independencia
4. El trastorno depresivo en personas con alguna enfermedad crónica sobresalió más en el sexo femenino

VI. RECOMENDACIONES

1. En referencia a los resultados obtenidos en la presente investigación es necesario continuar profundizando esta problemática, realizando aportes científicos con muestras probabilísticas para que los resultados sean una evidencia más irrefutable.
2. El cuidado emocional de la persona con alguna enfermedad crónica sigue siendo escaso en el primer nivel de atención o en muchos casos no se da. Por lo tanto, se sugiere implementar estrategias o programas que integren la valoración del estado emocional en la consulta externa para detectar oportunamente los síntomas del trastorno depresivo o emociones negativas en las personas con alguna enfermedad crónica.
3. El trabajo multidisciplinario en la atención primaria es de suma importancia, y gracias a ello se podrá detectar tempranamente si una paciente crónica presenta sintomatología depresiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V y Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. PubMed; 2007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826170> (ultimo acceso 29 mayo 2017)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> (ultimo acceso 20 Abril 2017)
3. Ramos W et al. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2014; 31 (1) http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100002 (último acceso 21 mayo 2017)
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú, Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015. Mayo 2016.pp.144.https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/index.html (ultimo acceso 20 mayo 2017)
5. Instituto Nacional de Salud. Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la Población Peruana. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2016. Serie Análisis Secundario de Datos N° 01-2016 http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/CNSP/unagesp/docu_tecnicos/2016/Comorbilidad%20de%20la%20Depresion%20y%20Enfermedades%20Cronicas%20en%20la%20Poblacion%20Peruana.pdf (último acceso 5 Junio 2017)
6. Ritter P, Ory M, Laurent D, Lorig K. Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an on-line and a small-group program. PubMed. 2014; 4(4):398-406. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25584089> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
7. Reyes G. Niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal. [Tesis para optar el Grado de Licenciada en Enfermería]. Universidad Autónoma del Estado de México; 2015. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/65963> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
8. Bordon M. Depresión en Pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis Reumatoidea. Eureka 2012; 9(1):78-87 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a09.pdf> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
9. Boing Antonio Fernando, Melo Guilherme Rocha, Boing Alexandra Crispim, Moretti-Pires Rodrigo Otávio, Peres Karen Glazer, Peres M. Asociación entre la depresión y las enfermedades crónicas: resultados de un estudio poblacional. Rev. Salud Pública. 2012; 45 (4) http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400005 (ultimo acceso 29 mayo 2017)

10. Rodic D, Meyer A y Meinlschmidt G. The Association between Depressive Symptoms and Physical Diseases in Switzerland: A Cross-Sectional General Population Study. *Frontiers in Public Health*. 2015; 3 (47).
<http://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00047> (ultimo acceso 1 Junio 2017)
11. Bayat N, Alishiri G, Salimzadeh A, Izadi M, Saleh D, Lankarani M y Assari S. Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011; 16(11)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430061/> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
12. León M. Relación entre automanejo y trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas. [Tesis para optar el Grado de Licenciada en Enfermería]. Tamaulipas. Universidad Autónoma de Tamaulipas; 2017.
13. Bendezú C. Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2014. Tesis de Título. Universidad de San Martín de Porres; 2015.
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1232> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
14. De la Cruz J. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes Hospitalizados en los servicios de medicina interna Del hospital nacional dos de mayo. Lima – Perú. Julio 2015 - diciembre 2015. Tesis de título. Universidad Privada Ricardo Palma; 2015.
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/454/1/Salazar_c.pdf (ultimo acceso 11 Junio 2017)
15. Urrutia D, Segura E. intomatología depresiva y diabetes mellitus tipo 2 en una muestra ambulatoria de un hospital de las Fuerzas Armadas en Lima, Perú, 2012: estudio transversal. *Medwabe*.2016; 16 (3)
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6435.act> (ultimo acceso 20 Junio 2017)
16. Añorga J. Depresión en pacientes hipertensos atendidos en el hospital 11 essalud pucallpa mayo •octubre 2014. Tesis de Bachiller. Universidad nacional de Ucayali; 2016.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UhvbdJzTkPwJ:repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/1513/000002036T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe> (ultimo acceso 20 Junio 2017)
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/ (ultimo acceso 29 mayo 2017)

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión en el adulto, Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (ultimo acceso 20 Abril 2017)
19. Asociación Americana de Psiquiatría (ed). Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington: Editorial médica panamericana; 2014.
<http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4949/DSM5-Manual-Diagnostico-y-Estadistico-de-los-Trastornos-Mentales.html> (ultimo acceso 19 mayo 2017)
20. Stanford Patient Education Research Center. Spanish Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)
<http://patienteducation.stanford.edu/research/phqesp.pdf> (ultimo acceso 18 mayo 2017)
21. American Psychological Association. Enfermedades Crónicas.
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx> (ultimo acceso 20 mayo 2017)
22. Oblitas L. Psicología de la Salud y enfermedades crónicas. México: Biblomedica Editores; 2013. <http://biblomedica.com/producto/psicologia-salud-enfermedades-cronicas-volumen-1/> (ultimo acceso 2 Junio 2017)
23. American Psychological Association. Enfermedades Crónicas.
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx> (ultimo acceso 20 mayo 2017)
24. Diez F, Ipince A, Benate Y, Galán E, Medina J, Sánchez D et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: Retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2014; 31(1)
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000100019&script=sci_arttext&tlng=pt (ultimo acceso 29 mayo 2017)
25. Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. Revista Peruana De Epidemiología. 2010; 14(2) file:///C:/Users/Julio/Downloads/Dialnet-HistoriaNaturalDeLaDepresion-3987256%20(1).pdf (ultimo acceso 15 mayo 2017)
26. Egede E. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. PubMed. 2007; 29(5)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888807> (ultimo acceso 9 mayo 2017)
27. Hernández R. Metodología de la Investigación. México: interamericana editores; 2014. p.600. Disponible en:
https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/metodologc3a3c2ada_de_la_investigac3a3c2b3n_-sampieri-_6ta_edicion1.pdf

28. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. PubMed. 2001; 16(9).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556941> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
29. Ritter P, Ory M, Laurent D y Lorig K. Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an on-line and a small-group program. Translational Behavioral Medicine. 2014, 4(4) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286546/> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
30. Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annals. 2002; 32(9).
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-04400-002> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
31. Kroenke K, Strine T, Spitzer R, Williams J, Berry J, Mokdad A. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. PubMed. 2009; 114(1-3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752852> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
32. Pinto A, Serrano A, Peñarrubia M, Blanco E, Haro J. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone?. PubMed. 2005; 20 (8) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16050884> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
33. Marcus M Thagi Y, Ommerem M y Shekar D. Depression: A Global Public Health Concern.
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf (ultimo acceso 29 mayo 2017)
34. Moussavi S, Chatterji S, Ustun B et al. Influencia de la depresión y las enfermedades crónicas sobre el estado de salud. IntraMed. 2008.
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=55034>
35. Kroenke K, Strine T, Spitzer R, Williams J, Berry J, Mokdad A. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. PubMed. 2009; 114(1-3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752852> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
36. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. PubMed. 2001; 16(9).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556941> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
37. Wells T, Horton J, Leard C, Jacobson I, Boyko E. A comparison of the PRIME-MD PHQ-9 and PHQ-8 in a large military prospective study, the Millennium Cohort Study. PubMed. 2013; 148(1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246365> (ultimo acceso 11 Junio 2017)
38. Ruiz E. Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Revista Médica De La Fundación Instituto Hipólito Unanue. 2015; 54(4). Disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n4/a3.pdf> (último acceso 21 mayo 2017)

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:
“RED DE AUTOMANEJO EN CRÓNICOS: ABORDAJE COMUNITARIO PERÚ Y MEXICO”

Mi nombre es....., alumna de licenciatura de Enfermería de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo Lima Norte. Lo invito a participar en una investigación que la Escuela de Enfermería está implementando para saber cómo maneja su enfermedad y que opina sobre el apoyo de su familia y amigos la entrevista tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

La información que usted nos brinde ayudará a realizar un programa para que las personas manejen mejor los síntomas presentados por su enfermedad crónica. Su participación, no tendrá ningún costo monetario ni riesgos a su salud o su cuerpo, tiene la libertad de elegir su participación. La información recabada será de uso exclusivo del investigador y garantizamos: confidencialidad y su identidad, es decir, nadie sabrá su nombre en ningún momento.

Yo _____ después de haber recibido la información acerca del

NOMBRE (S) Y APELLIDOS COMPLETOS

instrumento que evalúa el automanejo de la enfermedad crónica, autorizo en pleno uso de mis facultades mentales y físicas mi participación en dicho estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del encuestador

Firma del investigador

Lima, ____ de _____ de 2017

ANEXO 2: INSTRUMENTO



RED TEMÁTICA DE
AUTOMANEJO
EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. Número de encuesta: _____ Número de expediente _____
Nombre: _____ (Colocar el primer nombre)
Dirección: Calle: _____ Número: _____ Colonia: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

I. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

2. Edad _____
3. Sexo: Femenino () Masculino ()
4. Estado civil: Casado/Unión libre () viudo () divorciado () Soltero ()
5. Por favor marque el número que indique el año más alto de escuela que ha completado:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23+
(Primaria) (Secundaria) (Preparatoria) (Universidad)
6. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Marque todas las que aplique)
- ☐ Ninguno
 - ☐ Seguro popular
 - ☐ Seguro Social
 - ☐ Seguro privado (a través del empleador o por cuenta propia)
 - ☐ Otro Especifique: _____

II. ASPECTOS DE SU SALUD Y ENFERMEDAD

7. Por favor indique abajo cuáles son las enfermedades crónicas que usted tiene (marque todas las que aplique)

- ☐ Diabetes tipo 2/azúcar alta en la sangre
- ☐ Diabetes tipo 1/azúcar alta en la sangre
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis crónica, enfisema o enfermedad pulmonar
- ☐ Otras enfermedades del pulmón Especifique: _____
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Enfermedad del corazón Especifique: _____
- ☐ Artritis o enfermedades reumáticas Especifique: _____
- ☐ Cáncer Especifique: _____
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad u otra enfermedad emocional o mental
- ☐ Otra enfermedad crónica Especifique: _____

8. Tiempo de haber sido diagnosticada la PRIMERA ENFERMEDAD (diabetes, hipertensión o cáncer: Señale la enfermedad y el tiempo) _____

PHQ-8 (Patient Health Questionnaire depression Scale)

Cuanto tiempo durante la semana pasada...

| | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. ¿Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas? | | | | |
| 2. ¿Se sintió desanimado, deprimido, o sin esperanza? | | | | |
| 3. ¿Tuvo problemas para dormir durmió demasiado? | | | | |
| 4. ¿Se sintió cansado o con poca energía? | | | | |
| 5. ¿Sintió tener poco o demasiado apetito? | | | | |
| 6. ¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso – o que le ha fallado a su familia? | | | | |
| 7. ¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión? | | | | |
| 8. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario– estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual? | | | | |

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

| Estadísticas de fiabilidad | |
|----------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| .865 | 8 |

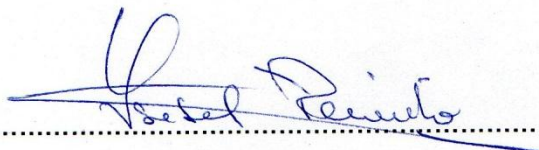
ANEXO 4

| | | |
|--|--|---|
|  UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO | ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS | Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 1 |
|--|--|---|

Yo, Isabel Peñarrieta de Córdova, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Profesional Enfermería de la Universidad César Vallejo Lima Norte, revisor (a) de la tesis titulada "Trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de comas e independencia 2017", del (de la) estudiante Emma Vega Bustamante constato que la investigación tiene un índice de similitud de 26 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: 12 de Diciembre del 2017, Lima – Perú 2017



Firma

Isabel Peñarrieta de Córdova
DNI: 07180354

| | | | | | |
|---------|-------------------------------|--------|---|--------|-----------|
| Elaboró | Dirección de Investigación | Revisó | Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad | Aprobó | Rectorado |
|---------|-------------------------------|--------|---|--------|-----------|

ANEXO 5



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 31-03-2017
Página : 1 de 1

Yo, Vega Bustamante Emma, identificado con DNI N° 76575975, egresado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben atención en los centros de salud de comas e independencia 2017", en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33


FIRMA

DNI: 76575975

FECHA: 13 de Diciembre del 2017

| | | | | | |
|--------|----------------------------|--------|---|--------|-----------|
| laboró | Dirección de Investigación | Revisó | Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad | Aprobó | Rectorado |
|--------|----------------------------|--------|---|--------|-----------|

ANEXO 6



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Emma Vega Bustamante
Título del ejercicio: MIC_2017 -2-ENF
Título de la entrega: Trastorno depresivo en personas ...
Nombre del archivo: tesis_ultimo_antooo.docx
Tamaño del archivo: 194.64K
Total páginas: 49
Total de palabras: 10,845
Total de caracteres: 61,934
Fecha de entrega: 12-dic-2017 11:43a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 894843262



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE TESIS
Título
Trastorno depresivo en personas con enfermedades crónicas que reciben
atención en los centros de salud de comas e independencia 2017
Autor
Emma Vega Bustamante
Asesor
Dra. María Isabel Peñañeta
Línea de Investigación
Cuidados de Enfermería en salud mental y psiquiatría
Lima, Perú
2017